

Institut für Medizinische Soziologie • Postfach 10 10 07 • 40001 Düsseldorf

Landtag Nordrhein-Westfalen
Kommissionsassistentz
anhoerung@landtag.nrw.de
Stichwort "Gesundes Essen"

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
17. WAHLPERIODE

STELLUNGNAHME
17/3071

A44



Institutsleiter:
Prof. Dr. Nico Dragano
E-Mail:
dragano@med.uni-duesseldorf.de

Sekretariat:
Susanne Wrenger-Küfen
Tel. (0211) 81-06501

E-Mail: susanne.wrenger-kuefen@med.uni-duesseldorf.de

Website des Instituts:
<https://www.uniklinik-duesseldorf.de/patienten-besucher/kliniken-institutezentren/institut-fuer-medizinische-soziologie>

Ansprechpartner:
Dr. Simone Weyers

Durchwahl:
0211 81-06493

E-Mail:
simone.weyers@uni-duesseldorf.de

Datum:
24.09.2020

Anhörung der Enquetekommission V „Gesundes Essen. Gesunde Umwelt. Gesunde Betriebe. – Zukunftschancen für nordrhein-westfälische Landwirtschaft gestalten, mittelständische Betriebe stärken, hohe Standards in Ernährung und Umweltschutz gemeinsam sichern“, Drucksache 17/8414 am 9. Oktober 2020 zum Thema „Gesundes Essen“

Expertise

Dr. Simone Weyers, MME

Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum - Centre for Health and Society (CHS), Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Dr. Weyers leitet die Arbeitsgruppe Präventionsforschung am Institut für Medizinische Soziologie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Sie beschäftigt sich wissenschaftlich mit der Frage, inwiefern und warum sozial benachteiligte Personen häufiger einen gesundheitsschädigenden Lebensstil ausüben und wie Strategien zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit gestaltet und evaluiert werden können. Hierbei legt sie einen Schwerpunkt auf die Zielgruppe der Kinder. Zu diesen Themen unterrichtet Dr. Weyers im Studiengang Humanmedizin und im Weiterbildungsstudiengang Master of Science in Public Health.

Stellungnahme

Im Rahmen der Forschungsfrage „Wie kann Ernährung in NRW zukunftsfähig, nachhaltig und sozial gerecht im Einklang mit allen beteiligten gesellschaftlichen Akteuren gestaltet werden?“ möchte ich zu folgenden Unterfragen Stellung nehmen:

Besucherschrift:
Moorenstraße 5,
Geb. 17.11. Ebene 02
40225 Düsseldorf

6) Wie wirkt sich die sozio-ökonomische Situation auf das Ernährungsverhalten und auf die Gesundheit aus?

Kinder und Jugendliche mit niedrigem sozioökonomischen Status essen seltener frisches Obst, konsumieren häufiger zuckerhaltige Erfrischungsgetränke und gehen häufiger ohne Frühstück aus dem Haus als Gleichaltrige der mittleren bzw. hohen Statusgruppe. Dies zeigt in Deutschland der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (Kiggs Studie) und dies belegen auch internationale Studien. Durch die Nationale Verzehrsstudie liegen in Deutschland auch detaillierte Ergebnisse zum Ernährungsverhalten Erwachsener vor. Demnach ernähren sich Personen mit niedrigem Sozialstatus ungünstiger als Personen mit höherem sozialem Status, was sich insbesondere anhand gesundheitsrelevanter Nahrungsmittelgruppen wie Obst, Gemüse, Limonade oder Wasser aufzeigen lässt. Bei Männern scheinen die sozialen Unterschiede ausgeprägter aufzutreten als bei Frauen, da auch die Konsummuster von Fleischerzeugnissen/Wurstwaren, Fisch und Zucker in niedrigen Statusgruppen ungünstiger ausfallen als in höheren Vergleichsgruppen.

Welche ernährungsbedingten Krankheiten gibt es und wie verbreitet sind diese?

Fettleibigkeit, Diabetes Typ 2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und verfrühte Mortalität wurden zuverlässig mit ungünstiger Ernährung assoziiert. Nach dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey beträgt die Prävalenz von Fettleibigkeit bei Kindern bereits 5,9 %. Nach der GEDA(Gesundheit in Deutschland aktuell)-Studie beträgt bei Erwachsenen die Prävalenz von Fettleibigkeit 18,1 %, von Diabetes Typ 2 8 % und von koronarer Herzerkrankung 8,3 %.

In modernen Gesellschaften wird das Krankheitsgeschehen im Erwachsenenalter wesentlich vom Gesundheitsverhalten bestimmt. Angesichts der sozialen Unterschiede beim Gesundheitsverhalten im Kindes-, aber auch im Erwachsenenalter erstaunt es nicht, dass im Prinzip alle Erkrankungen einen sozialen Gradienten aufweisen – so auch diejenigen, die Ernährung assoziiert sind. Bei Kindern sozioökonomisch benachteiligter Familien zeigt sich ein höheres Risiko für Adipositas und Diabetes Typ 2 als bei ihren besser gestellten Altersgenossen. Und auch für sozioökonomisch benachteiligte Erwachsene zeigt sich ein höheres Risiko für Adipositas, Diabetes Typ 2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und frühzeitige Mortalität. Daten des Sozio-Ökonomischen Panels zeigen, dass der Unterschied in der Lebenserwartung zwischen Arm und Reich in Deutschland 8,4 Jahre bei Frauen und 10,8 Jahre bei Männern beträgt.

Können sich Menschen/Familien im Sozialbezug ausreichend gesund ernähren? Wo besteht für sie die Möglichkeit die Lebensmittel zu erwerben?

Nicht ohne Weiteres - allgemein gilt als gut dokumentiert, dass die Qualität der Ernährung mit sinkenden Ausgaben für Nahrungsmittel abnimmt. Preiswerte energiedichte Nahrungsmittel mit hohem Fett- und Zuckergehalt und großen Mengen an raffiniertem Getreide bilden eine kostengünstige Alternative zur empfohlenen Ernährung mit hohen Anteilen an frischem Obst und Gemüse, Fisch und Vollkornprodukten. Untersuchungen aus Deutschland zeigen, dass eine gesunde Ernährung für Kinder aus Familien mit niedrigem Einkommen nicht erschwinglich ist: Gesunde Ernährung ist selbst bei preisbewusstem Einkaufen mit dem Arbeitslosengeld für Ernährung bei Kindern und Jugendlichen ab dem Schulalter nicht zu realisieren. Folglich ist es nicht erstaunlich, dass die Kosten die Nahrungsmittelwahl bei einkommensschwachen Personen stark beeinflussen und diese häufiger auf kostspielige Nahrungsmittel wie Obst und Gemüse verzichten und vermehrt kostengünstige energiedichte Nahrungsmittel konsumieren als Personen mit höherem Einkommen. Studien haben außerdem gezeigt, dass Supermärkte in deprivierten Gebieten ein höheres Angebot an Fastfood, Süßwaren, Snacks und Süßgetränken aufweisen und weniger Verkaufsfläche für Obst und Gemüse bieten als Supermärkte in privilegierten Gebieten.

Ernährungsbildung

13) Wie können Kinder und Jugendliche im Bildungssystem und darüber hinaus an das Thema „Gesunde Ernährung“ herangeführt werden? Welche Maßnahmen gibt es bereits? Welche Möglichkeiten bestehen, um die Ernährung in der Schule gesund und nachhaltig zu gestalten?

Maßnahmen zur Verringerung dieser gesundheitlichen Ungleichheiten sollten bereits im Kindesalter ansetzen und v.a. sozioökonomisch benachteiligte Kinder einbeziehen. Allerdings zeigt sich in Studien, dass sozio-ökonomisch benachteiligte Familien und ihre Kinder entsprechende Angebote zur Förderung gesunder Ernährung, zur Bewegungsförderung oder zur Förderung der Elternkompetenz seltener nutzen als solche höherer Statusgruppen. Zur Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit wird daher auf den Setting-Ansatz gesetzt. Dieser hat zum Ziel, die Lebensbedingungen in den Sozialräumen oder „Settings“ der Menschen gesundheitsgerecht zu gestalten. Kita und Schule sind wesentliche Sozialräume oder „Settings“ für Kinder, ihre gesundheitliche Entwicklung und somit auch für gesunde Ernährung. Bei der Umsetzung des Setting-Ansatzes ist allerdings darauf zu achten, gesundheitsfördernde Strukturen (beispielsweise ein gesundes Frühstück) nicht „von oben herab“ zu entwickeln, sondern die involvierten Personengruppen (Kinder, Lehrer, Hauswirtschaftskräfte) möglichst an Planung und Umsetzung zu beteiligen und ihre Kompetenzen (hier zur gesunden Ernährung) zu stärken. Erfolgskriterien und Leuchtturmprojekte zur gesundheitlichen Chancengleichheit können der Praxisdatenbank unter www.gesundheitliche-chancengleichheit.de entnommen werden.

14) Welche Möglichkeiten gibt es um Erwachsene für das Thema „Gesunde Ernährung“ zu sensibilisieren? Wie kann man Bildungsangebote in den Alltag integrieren?

Siehe Antwort 13.

Literatur

Aggarwal A, Monsivais P, Cook AJ, Drewnowski A (2011). Does diet cost mediate the relation between socioeconomic position and diet quality? *Eur J Clin Nutr* 65:1059–1066.

Cameron AJ, Thornton LE, McNaughton SA, Crawford D (2013) Variation in supermarket exposure to energy-dense snack foods by socioeconomic position. *Public Health Nutr* 16:1178– 1185.

Eickhorst A, Schreier A, Brand C et al. (2016). Inanspruchnahme von Angeboten der Frühen Hilfen und darüber hinaus durch psychosozial belastete Eltern. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 59 (10), S. 1271–1280.

Fekete C, Weyers S (2016). Soziale Ungleichheit im Ernährungsverhalten. Befundlage, Ursachen und Interventionen. *Bundesgesundheitsblatt* 59:197–205.

Inchley J, Currie D, Young T (Hg.) (2016). Growing up unequal. Gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being ; Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study: international report from the 2013/2014 survey. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe (Health policy for children and adolescents, No. 7).

Kersting M, Clausen K (2007). Wie teuer ist eine gesunde Ernährung für Kinder und Jugendliche? Die Lebensmittelkosten der Optimierten Mischkost als Referenz für sozialpolitische Regelleistungen. *Ernährungsumschau* 9:508–513.

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2015). Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung. Köln und Berlin.

Kuntz B, Rattay P, Poethko-Müller C et al. (2018b). Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. In: *Journal of Health Monitoring* (3), S. 19–36.

Kuntz B, Waldhauer J, Zeiher J et al. (2018a). Soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. In: *Journal of Health Monitoring* 3 (2), S. 45–63.

Kuntz et al. (2018). Soziale Determinanten des täglichen Frühstücksverzehr bei Schülern in Deutschland Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Präv Gesundheitsf*, 13:53–62.

- Lampert T, Kroll LE (2014). Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. In: GBE kompakt 5 (2).
- Langnäse K, Mast M, Müller M (2002). Social class differences in overweight of prepubertal children in northwest Germany. In: International journal of obesity 26, 566 EP.
- Marmot M (2014). Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region. Final report. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Max Rubner-Institut, Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel (2008) Ergebnisbericht, Teil 1. Nationale Verzehrsstudie II. Max Rubner-Institut, Karlsruhe.
- Max Rubner-Institut, Bundesforschungsinstitut für Ernährung und Lebensmittel (2008) Ergebnisbericht, Teil 2. Nationale Verzehrsstudie II. Max Rubner-Institut, Karlsruhe.
- Pillas D, Marmot M, Naicker K et al. (2014): Social inequalities in early childhood health and development. A European-wide systematic review. In: Pediatric Research 76, 418 EP.
- Schienkiewitz A, Mensink G, Kuhnert R, Lange C (2017). Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(2).
- Schneider S, Gruber J (2013) Neighbourhood deprivation and outlet density for tobacco, alcohol and fast food: first hints of obesogenic and addictive environments in Germany. Public Health Nutr 16:1168–1177.
- Weyers S, Kreffter K, Wahl S (2018): Soziale Ungleichheit der Inanspruchnahme kommunaler Bewegungsangebote. In: Public Health Forum 26 (4), S. 365–367. DOI: 10.1515/pubhef-2018-0104.
- World Health Organization (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (2009). Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. WHO. Geneva.